

Enquête Connaissance Attitude Perception Et Pratique Sur La Covid-19 Du Personnel De Sante Dans La Région Analamanga

Ranaivoson HSM¹, Raherinandrasana AH², Tovo-André MC³, Randriamananjara MA⁴, Rakotonirina ECJ⁵, Andrianasolo RL⁶

¹ Médecin généraliste Faculté de Médecine d'Antananarivo,

² Médecin spécialiste en Santé Publique et Épidémiologie, Faculté de Médecine d'Antananarivo,

³ Médecin, Interne de spécialité en Santé Publique, Faculté de Médecine d'Antananarivo,

⁴ Médecin Diplômé Universitaire de Médecine de Catastrophes Faculté de Médecine d'Antananarivo,

⁵ Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique et Épidémiologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo,

⁶ Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Maladie Infectieuse à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.



Résumé

Introduction :

La transmission du COVID-19 est très facile. Les personnels de la santé sont plus exposés au COVID-19 que le reste de la population. Cette étude a pour objectif d'évaluer les connaissances, les perceptions et les préventions de personnel de santé dans la lutte contre l'infection à COVID-19 et de déterminer les facteurs influençant ces paramètres et d'évoquer les sources principales de connaissance du professionnel de santé.

Méthode

Il s'agit d'une étude transversale analytique pour évaluer la connaissance, l'attitude et le pratique du personnel de santé sur la maladie COVID-19 dans la région Analamanga à Madagascar pour une période de 12 mois. Une échantillonnage aléatoire simple stratifié a été utilisée. L'Odds ratio a été utilisé pour mesurer la liaison entre les CAP et ses déterminants.

Résultats

Au total, 194 de personnel de santé ont été enquêtés dont 67% ont déjà été infecté par la COVID-19 avec 9% de formes sévères. La proportion des personnels de santé ayant une bonne connaissance des symptômes a été 48,45%. Une bonne connaissance de la mode de transmission de la COVID-19 est observée chez les 69,07%. La motivation de personnel de santé d'aller au travail a été faible 5/10 selon l'évaluation. En somme : 21% de personnel de santé portent de manière adapté l'EPI au cours de l'examen des cas suspects ; 30% de personnel de santé portent de manière adapté l'EPI lors de l'examen des cas confirmés ; et 16% de personnel de santé ont respecté l'ordre de la mise en place d'EPI. La proportion des personnels de santé vaccinée a été de 31%. La formation sur la COVID-19 (31%) est la principale source de connaissance sur la COVID-19. L'Obtention de la formation sur la COVID-19 a été associé à la bonne connaissance des signes de la COVID-19 [OR= 5,13(1,88-13,98)] ; à la bonne connaissance de son mode de transmission [OR=1,96(1,05-3,64)]. La source de formation par publications scientifiques sur la COVID-19 sont associées à la bonne connaissance de mode de transmission du COVID-19 [OR=2,75(1,48-5,12)].

CONCLUSION

Le renforcement de la formation des personnels de santé est crucial dans l'amélioration de la Connaissance, Attitude et Pratique sur la COVID-19.

Mots clés – Attitude ; Connaissance ; COVID-19 ; Madagascar ; Personnel de Santé ; Pratique.

Abstract

Introduction : Transmission of COVID-19 is very easy. Health care workers are more exposed to COVID-19 than the rest of the population. The aim of this study is to assess the knowledge, perceptions and preventive actions of Health care workers in the fight

against COVID-19 infection, to determine the factors influencing these parameters, and to discuss the main sources of Health care workers' knowledge.

Method : This is a cross-sectional analytical study to assess the Knowledge Attitude Practice of health personnel on the COVID-19 disease in the Analamanga region of Madagascar over a 12-month period. Stratified simple random sampling was used. Odds ratios were used to measure the relationship between CAP and its determinants.

Results : A total of 194 healthcare workers were surveyed, 67% of whom had already been infected with COVID-19, with 9% of severe forms. The proportion of healthcare staff with a good knowledge of symptoms was 48.45%. Good knowledge of the mode of transmission of COVID-19 was observed in 69.07%. Motivation of health personnel to go to work was low 5/10 according to the evaluation. In sum : 21% of healthcare staff wore Personal Protection Equipement (PPE) appropriately during the examination of suspected cases ; 30% of healthcare staff wore PPE appropriately during the examination of confirmed cases ; and 16% of healthcare staff respected the order of PPE donning. The proportion of healthcare staff vaccinated was 31%. Training on COVID-19 (31%) is the main source of knowledge on COVID-19. Obtaining training on COVID-19 was associated with good knowledge of the signs of COVID-19 [OR= 5.13(1.88-13.98)] ; good knowledge of its mode of transmission [OR=1.96(1.05-3.64)]. The source of training in scientific publications on COVID-19 is associated with good knowledge of the mode of transmission of COVID-19 [OR=2.75(1.48-5.12)].

Conclusion : Strengthening the training of healthcare personnel is crucial in improving Knowledge, Attitude and Practice on COVID-19.

Keywords – Attitude; Knowledge ; COVID-19 ; Madagascar ; Health personnel ; Practice.

INTRODUCTION

La maladie coronavirus 2019 (COVID-19) est une maladie infectieuse due à un virus de la famille de Coronaviridae [1]. En Janvier 2020, le Coronavirus-2 du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère Coronavirus 2 (SRAS-CoV-2) est reconnu comme agent pathogène du COVID-19 [2]. SRAS-CoV-2 est responsable d'une pneumonie virale sévère potentiellement mortelle, à noter sa facilité de transmission par voie aérienne et la présence de personnes asymptomatiques [3].

La COVID-19 constitue un important problème de santé publique du fait de sa forte morbidité et mortalité, et de son impact sur le développement économique, socio-culturel de la population [4].

Le 11 mars 2020, l'OMS annonce la pandémie mondiale à COVID-19 [5]. Selon l'OMS, entre 3 Janvier 2020 et 6 Septembre 2023, il a eu 770 437 327 cas confirmés du COVID-19 et 6 956 900 décès au niveau mondial [6]. Dans le monde, selon ONU en 2020 environ 14% des cas de COVID-19 ont été de personnel de santé et dans certains pays ce chiffre atteint 35% [5].

Des mesures ont été prises en Europe pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Les professionnels de la santé représentaient 9% des cas de COVID-19 au 19 mars 2020, avec 53,6% des cas présentant des symptômes sévères, en Italie [7].

L'Afrique du Sud, l'Ethiopie, le Nigeria, le Kenya et l'Algérie ont été les pays africains les plus atteints du COVID-19 [8]. Au Nigeria, entre 3 janvier 2020 et 6 septembre 2023, 266 675 cas de COVID-19 ont été confirmés et 3 155 personnes sont décédés [6].

Entre 2020 et 2021, il y a eu deux épidémies de COVID-19 à Madagascar. La première a eu lieu vers 28 juillet 2020, avec 365 nouveaux cas et 10 décès sur sept jours. La seconde a eu lieu vers 19 avril 2021, avec 608 nouveaux cas et 5 décès sur 7 jours [9]. Selon l'OMS, il y a eu 68 319 cas confirmés et 1 425 décès entre 3 Janvier 2020 et 6 Septembre 2023 [6]. Des professionnels de la santé ont été mobilisés et ont reçu une formation approfondie au niveau des centres de référence. Les matériaux nécessaires ont été répartis dans tous les centres de santé [9].

Le personnel de santé a constitué la première ligne de lutte dans cette pandémie. Les personnels de la santé de tous les niveaux et de tous les groupes sont plus susceptibles d'être infectés par la COVID-19 que le reste de la population. [10]. La prise en charge du COVID-19 met donc en danger la vie des professionnels de santé. C'est pourquoi une étude des Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) sur la maladie COVID-19 ont menée auprès des personnels de santé des centres de santé au niveau de la région Analamanga, à Madagascar.

L'enquête CAP est un outil stratégique d'identification du besoin éducationnel d'une cible spécifique. Elle évalue trois points : le niveau de la connaissance, les attitudes motivant les comportements, et les pratiques préventives et de prise en charge des populations. Il s'agit d'une étude mixte (qualitative et quantitative) menée dans un but analytique [11].

La problématique qui se pose est : « Quels niveaux de connaissance, pour quelles attitudes, perceptions et pratiques, sur quel dispositif sécuritaire les personnels de santé font face à l'épidémie COVID-19 ? »

Les hypothèses avancées dans cette étude sont :

- la connaissance des personnels de santé sur les manifestations cliniques et le mode de transmission de la COVID-19 est mauvaise [12]. Les personnels de santé ont une bonne perception sur la prévention de la COVID-19 [13]. Et le personnel de santé a une attitude non discriminative envers les patients/collègues atteints de la COVID-19 [14].
- les médias sociaux sont la première source de communication [15]. La formation sur le contexte est la principale source de connaissance des personnels de santé.

Ainsi, les objectifs de cette recherche sont :

- évaluer les connaissances, les perceptions et les préventions de personnels de santé dans la lutte contre l'infection à COVID-19 ;
- évoquer les sources principales de connaissance du personnel de santé
- déterminer les facteurs influençant les connaissances, les perceptions et les préventions des personnels de santé dans la lutte contre l'infection à COVID-19

I. METHODES

1.1. Cadre d'étude

Cette étude est effectuée dans les formations sanitaires publiques et privées de la Région Analamanga à Madagascar. Madagascar se situe à 400 km au large des côtes Sud-Est du continent africain entre le Canal de Mozambique et l'Océan Indien. La région Analamanga a été l'épicentre de l'épidémie COVID-19 à Madagascar, d'où la présente étude.

1.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale analytique sur une période de 12 mois précédée par une enquête entre 01 Juillet 2021 au 30 Novembre 2021.

1.3. Population d'étude

Cette étude a été inclus tout le personnel de santé en activité dans les centres de santé enquêtés, présent dans la formation de santé pendant la durée de l'enquête, qui a donné son consentement verbal à participer à l'enquête après avoir été informé de la procédure d'enquête, sans discrimination de genre, d'âge ou de fonction. Le personnel de santé qui n'a pas travaillé dans le centre depuis moins d'un an a été exclu. Le refus du personnel de santé de participer dans cette étude a été le critère de non inclusion.

1.4. Échantillonnage

La région Analamanga représente 14% des formations sanitaires publiques et privées de Madagascar, qui est de 517 formations sanitaires. Au total, 2% des formations sanitaires publiques de la région Analamanga sont retenus dans cette étude. On a pris le même nombre de formations sanitaires au niveau des centres de santé privés. Une séquence d'échantillonnage aléatoire simple stratifié est utilisée. Les centres de santé ont été mis dans l'ordre alphabétique, catégorisés en centre de santé publics et centre de santé privés. La sélection a été faite au hasard par Excel.

1.5. Variable

Les variables étudiées étaient constituées par des paramètres démographiques, le niveau de connaissance du personnel de santé, l'attitude et perception des travailleurs de santé, les pratiques préventives et l'utilisation des dispositifs de sécurité, les sources de connaissance sur la COVID-19 et les sources d'information sur l'évolution des cas.

1.6. Collecte des données et saisie des données

La collecte des données a été effectuée à travers un questionnaire auto-administré (fiche d'enquête) rédigé en français et contenant les variables à étudier, tout en respectant les considérations éthiques. Les données ont été saisies dans le logiciel EPIDATA 3.0 et traitées par Excel.

1.7. Analyse statistique

Pour l'analyse statistique, le logiciel EPI-info 7.0 est utilisé. Le calcul de l'Odds Ratio (OR) avec un intervalle de confiance à 95% (IC95%) a été effectué pour évaluer les relations entre les différents paramètres. Une correction des doublons et d'erreur de saisie par le logiciel Excel a été faite avant l'analyse.

1.8. Considérations relatives à l'éthique

L'étude n'a jamais été menée qu'après avoir reçu l'autorisation de chaque structure de santé par écrit. Chaque participant a été informé du but et du processus de l'enquête. Pour continuer l'interview, l'accord verbal du participant était nécessaire. Les participants ont reçu des explications sur leur droit de demander des explications tout au long de l'enquête et sur leur droit de se retirer à tout moment si quelque chose ne leur convenait pas. La confidentialité et les mesures préventives contre le COVID -19 sont bien respectées.

II. RÉSULTATS

2.1. Résultats de l'étude descriptive

2.1.1. Profil des centres de santé et les caractéristiques socioprofessionnelles des enquêtés

Au total, 26 centres de santé sont enquêtés : 2 CHU, 2 CHRD II, 1 CHRD I, 9 CSB II, 1 CSB I, 1 Polyclinique privée, 1 Clinique privée et 9 cabinets privés. Le professionnel de santé enquêté est au nombre de 194. Le sexe ratio est de 0,68. La moyenne d'âge des participants est de 41,6 ans. Les agents paramédicaux sont prédominés, 39%.

2.1.2. Notion d'infection

Les résultats montrent que 67% des professionnels de la santé enquêtée atteints le COVID-19. Les personnes les plus touchées sont les agents paramédicaux (40%), suivis des médecins (33 %). En général, la forme sévère est de 9%, 14% dans les établissements privés et 7% dans les établissements publics.

2.1.3. Connaissances

2.1.3.1. Connaissance de la définition de cas de COVID-19

En somme, 30% des enquêtés définissent un cas suspect comme une personne qui présente des « toux, rhinorrhée, maux de gorge », 30% la définissent comme le contact avec un cas confirmé. Tous ces résultats font partie de la définition de cas émise par le MINSANP, donc tous de vraies affirmations. Plus de la moitié (61,3%) du personnel de santé enquêté affirme une définition exacte de cas confirmé, soit un PCR positif.

2.1.3.2. Connaissance des symptômes de la COVID-19

La proportion de bonne connaissance des symptômes de la maladie à COVID-19 est de 48,5%. Le meilleur niveau de connaissance des symptômes de la COVID observe chez les centres de santé privés (60,3%), les médecins (68,7%), le genre féminin (51,3%), les sujets âgés de 50 ans et plus (65,9%) et le personnel de santé formé sur la COVID-19 (60%).

2.1.3.3. Connaissance du mode de transmission de la COVID-19

La présente étude révèle que 69,6% des professionnels de santé ont une bonne connaissance de la mode de transmission de la COVID-19. La connaissance du mode de transmission est surtout bonne : au niveau des centres de santé privé (81%), du personnel de santé âgé de 50 ans et plus (85,4 %), du genre masculin (78,5%), des médecins (80,6%), et du personnel de santé formé (75,2%).

2.1.3.4. Connaissance des mesures de prévention de la COVID-19

La proportion de bonne connaissance des mesures de prévention de la COVID-19 est de 58,2 %. Le lavage des mains est la principale prévention citée par les professionnels de santé (86,1 %). Certains des enquêtés (24,2%) affirment la vaccination et d'autres mentionnent (70,6%) la prise de Covid-Organics (CVO).

2.1.4. Attitude et perception des PS sur le SRAS-CoV2

2.1.4.1. Attitude des collègues vis-à-vis du PS infecté à leur reprise de travail

Lors de reprises de travail, (17%) de personnel de santé infecté a reçu avec méfiance/hésitation et (8%) avec colère. Donc, au total, 25% du personnel de santé subissent de discrimination.

2.1.4.2. La motivation

La motivation du personnel de santé enquêté est de 5,33/10 en moyenne, avec une note de 4,87 dans les établissements publics et une note de 5,79 dans les établissements privés. La motivation des travailleurs de la santé est alors faible.

2.1.4.3. Le niveau perçu de risque d'infection COVID-19

La majorité du personnel de santé pense qu'il y a eu un risque élevé d'être infecté par le virus de la maladie COVID-19. La probabilité globale d'être infecté par le personnel de santé est estimée à 7,19/10 en moyenne.

2.1.5. Pratique

2.1.5.1. Pratique du personnel de santé sur le port d'EPI

Pour les établissements en général : au cours de l'examen des cas suspects, 21% du personnel de santé porte l'EPI de manière appropriée ; 30% du personnel de santé porte l'EPI de manière appropriée lors de l'examen des cas confirmés ; et 16% de personnel de santé respecte l'ordre de la mise en place d'EPI.

2.1.5.2. Notion de vaccination

En ce qui concerne la pratique de la vaccination, 31% du personnel de santé reçoit au moins une dose de vaccin contre la COVID-19. Le personnel de santé le plus vacciné sont les médecins (40%) et les agents d'appui (37%).

2.1.6. Source de l'information

2.1.6.1. Sur la connaissance concernant la COVID-19

En général, la formation concernant la COVID-19 (31%) et le média Télévisé (20%) sont la source d'information la plus utilisée par le personnel de santé pour avoir des connaissances de cette maladie.

2.1.6.2. Bénéficiaire de la formation

En somme, 45,9 % du personnel de santé ne bénéficie pas de formation sur la COVID-19.

2.2. Résultats analytiques

2.2.1. Analyse de la relation des connaissances avec les autres paramètres

2.2.1.1. Connaissance des signes de la COVID-19

La bonne connaissance des signes de la COVID-19 est associée : au lieu de travail au niveau de centre de santé privé [OR = 1,98 (1,06-3,71)], à la fonction médecins [OR=6,13 (1,95-19,25)], au personnel de santé âgé de 50 ans et plus [OR=6,17(1,87-20,36)], à l'obtention de formation sur la COVID-19 [OR = 5,13(1,88-13,98)], au personnel de santé déjà infecté [OR=1,91 (1,03-3,56)].

2.2.1.2. Connaissance du mode de transmission du COVID-19

La connaissance du mode de transmission de la COVID-19 est associée : au fait de travailler dans les centres de santé privés [OR=2,33(1,10-4,90)], au genre masculin [OR=2,09(1,08-4,04)], à la fonction de médecin [OR=2,35(1,16-4,77)] et d'agents paramédicaux [OR=0,49(0,26-0,93)], aux enquêtés âgés de 25 ans et plus [OR=7,77(2,28-26,43)], à la bonne

connaissance des signes du COVID-19 [OR= 2,35(1,03-5,33)], au source de connaissance par la formation [OR=1,96(1,05-3,64)], au source de connaissance par les publications scientifiques [OR=2,75(1,48-5,12)].

2.2.2. Analyse de la relation entre attitude et motivation

La motivation du personnel de santé est associée : au centre de santé privé [OR=2,43(1,27-4,65)], au genre masculin [OR=2,58(1,38-4,82)], à l'âge de 25 à 34ans [OR=0,31(0,11-0,87)] et de 35 à 49ans [OR=0,22(0,08-0,62)].

2.2.3. Relation du port adapté d'EPI avec les autres paramètres

Aucun paramètre associe au port adapté d'EPI.

III. DISCUSSION

3.1. Limite de l'étude

Cette étude connaît quelques limites. Vu qu'une seule région est enquêtée dans ce travail, les résultats ne peuvent pas extrapoler au niveau national. La véracité des réponses données par le personnel santé enquêté dépend entièrement de leur sincérité, que l'on ne peut vérifier. Malgré ses limites, cette étude a permis d'évaluer la connaissance, l'attitude et la pratique de personnel de santé sur la COVID-19 dans la région Analamanga d'Antananarivo.

3.2. Caractéristique de la population

Au total, 194 personnels de santé ont été inclus dans cette étude dont la fonction paramédicale a prédominé 39%. L'âge moyen a été de 41,6 ans, avec une prédominance de genre féminin de 59%.

On peut comparer ces résultats au travail de Mendoza et al [16]. L'âge moyen a été de 44 ans, prédominance du genre féminin (66,4%). La plupart des travailleurs de la santé ont été des médecins spécialisés (48,2%), suivis des infirmières (13%) et des médecins résidents (12,3%) [16]. Une autre étude dans la province de HENAN en Chine a trouvé une prédominance masculine de 53,4%, et les infirmières/paramédicales ont représenté 63,5% des enquêtés [17]. Ces études à l'étranger ont été proches des résultats trouvés. Les types d'échantillonnage pourraient être expliqués la différence.

3.3. Notion d'infection

En somme, 67% des professionnels de santé enquêtés sont infectés par la COVID-19. Selon leur fonction, les agents paramédicaux sont les plus touchés par la COVID-19 avec une proportion de 40%, suivis des médecins (33%). La forme sévère est de 9% en général, 14% dans les établissements privés et de 7% dans les établissements publics. D'après la recherche de Gómez-Ochoa et al [18], la prévalence de l'infection par COVID-19 des professionnels de la santé, dépistée par PCR est estimée à 11 % (IC à 95 % ; 7 % à 15%). De plus, 5 % (IC à 95 % ; 3 % à 8 %) des travailleurs de la santé testés positifs au COVID-19 ont développé des complications cliniques graves [18]. La différence peut être due à la faiblesse des infrastructures et matériels de lutte des établissements de santé Malgache.

3.4. Connaissance définition

En ce qui concerne la connaissance de définition des cas, 30% des enquêtés a défini un cas suspect comme une personne qui présente des « toux, rhinorrhées, maux de gorge », 30% le définit comme le contact avec un cas confirmé. Tous ces résultats font partie de la définition de cas émise par le MINSANP, donc tous de vraies affirmations.

Plus de la moitié (61,3%) du personnel de santé enquêté affirme une définition de cas confirmé exacte, qui est le PCR positif.

Dans une enquête CAP sur la COVID-19 du personnel de santé de la ville de Niamey : une proportion de 19% a défini les cas avec des signes cliniques incomplets, 25% ne connaissent pas la définition, et 47% ont cité des signes cliniques/épidémiologiques très incomplets ; seulement 9% ont eu des réponses correctes complètes [19].

En fait, la définition des cas COVID-19 à Madagascar est adaptée au contexte épidémique Malgache, et a été modifiée une fois. Ces définitions de cas sont distribuées avec les protocoles de prise en charge dans tous les centres de santé Malgache ; ce qui explique son utilisation comme référence de la bonne connaissance dans notre étude. Par contre, dans cette étude aux villes de Niamey leur résultat est évalué selon la définition de cas selon l'OMS.

3.5. Connaissance symptôme et mode de transmission

Au total dans cette étude, 48,5% de personnel de santé a une bonne connaissance des symptômes de la maladie COVID-19 et 69,6% de personnel de santé a la bonne de connaissance du mode de transmission.

A Népal, selon la recherche faite par Dill K. Limbu et al, à l'Universal Collège of Médicale Science Teaching Hôpital (UCMSTH) la proportion de bonne connaissance des symptômes et mode de transmission est de 81,5 % [20]. Une autre étude au Pakistan a montré que 93,2% de personnel de santé a eu une bonne connaissance des symptômes de COVID-19 [21]. Par rapport à la littérature [20, 21], la bonne connaissance en symptôme et le mode de transmission du COVID-19 par le personnel de santé dans cette présente étude a été insuffisantes. Le manque de formation, la faible diffusion de l'information au niveau du personnel de santé ou bien le score d'analyse élevé utilisé pourraient expliquer cette différence. Selon le résultat de la présente étude, 45,9% de personnel de santé n'a pas bénéficié de formation sur la COVID-19 au 20^{ème} mois de l'entrée du COVID-19 dans le pays. Beaucoup de formations/EPU (Enseignement Post-Universitaire) /ateliers sur le thème COVID-19 ont été réalisées. Malgré ces interventions, le personnel de santé formé a été faible. En fait au cours de la pandémie COVID-19, le personnel de santé dans les centres de références COVID-19 a été la cible prioritaire pour bénéficier de formation. Dans une étude en Israël, 31,2 % des répondants n'ont pas reçu une formation sur la COVID-19. L'étude en Israël est une proportion au 2^{ème} mois de l'entrée du SRAS-CoV2 dans leur pays [22].

L'élaboration d'un site internet bien protégé ou séance d'information, formation nationale facilement accessible pourra diffuser des connaissances de personnel de santé. De plus, l'obtention de la formation a été parmi les paramètres associés à la bonne connaissance des signes et le mode de transmission du COVID-19 selon ce travail.

3.6. Attitude

La moyenne générale de la motivation du personnel de santé enquêté a été de 5,33/10, dont 4,87 dans les établissements publics et 5,79 dans les établissements privés. La motivation de personnel de santé d'aller au travail est alors faible.

Dans une étude de la motivation du personnel de santé au cours de la 1^{ère} vague au Québec, certains ont dit avoir pensé (12 %) ou avoir pris des mesures (5 %) pour se soustraire à l'administration de soins aux personnes atteintes de la COVID-19. Dont 18% ont dit être prêts à saisir une occasion qui leur permettrait de ne pas prendre soin de tels patients [23].

En effet, l'évaluation de la motivation n'était pas le même que le nôtre, mais il reflète l'existence d'un pourcentage non négligeable de personnel de santé non motivé pour prendre en charge les patients infectés de COVID-19. Le soutien psychologique, une indemnité de risque, une assurance maladie de personnel de santé sont nécessaires pour augmenter leur motivation.

Un risque élevé d'infection par le virus de la maladie COVID-19 est perçu par la majorité de personnel de santé. La moyenne générale de risque perçu d'infection de personnel de santé est de 7,19/10. Dans une étude faite par Sperling et al, sur les perceptions des infirmiers, les répondants se sont positionnés à un niveau de risque élevé : moyenne = 6,2/10 [22].

3.7. Pratique

Pour les établissements en général : 21% de personnel de santé port de manière adaptée l'EPI au cours de l'examen des cas suspects ; 30% de personnel de santé port de manière adaptée l'EPI lors de l'examen des cas confirmés ; et 16% de personnel de santé respecte l'ordre de la mise en place d'EPI. À Madagascar, la mise en pratique réelle des mesures préventives est difficile. Il persiste des obstacles majeurs, tel que la saturation des salles d'urgence, les approvisionnements limités de matériel de contrôle des infections, qui constituent des barrières dans la pratique de contrôle des infections.

Par contre, dans une étude du CAP des travailleurs de santé au Québec, environ 50% des personnels de santé ont porté l'EPI de manière inadaptée au début de la pandémie (23 Février) et 10 % à la fin de la période de leur étude (14 juin 2020), autrement dit une amélioration importante en 4 mois [24]. Ces valeurs sont très élevées par rapport aux nôtres, probablement parce que leur stock d'EPI et matériels médicaux sont adaptés à leurs besoins et à leur protocole de port d'EPI.

3.8. Vaccination

En ce qui concerne la pratique de la vaccination, 31% de personnel de santé reçoit au moins une dose de vaccin contre la COVID-19. Le personnel de santé le plus vacciné sont les médecins (40%) et les agents d'appui (37%). Par contre dans une étude

du Santé publique en France, la couverture vaccinale du personnel de santé avec au moins une dose est estimée à 94,3% [25]. La différence peut expliquer que les personnels de santé à Madagascar n'ont pas de confiance sur la vaccination.

3.9. Sources d'information

En général, la formation concernant la COVID-19 (31%) et le média télévisé (20%) sont la source d'information la plus utilisée par le personnel de santé pour avoir des connaissances de cette maladie. Au Burkina Faso, les médias grands public prime avec 75%, les formations passent en deuxième lieu (28%) puis les réseaux sociaux (25%), l'échange avec des confrères/consœurs (24%) et les publications scientifiques et presse médicale (11%). Par contre en Arabie saoudite, le site Web du ministère de la Santé est la principale source d'information (50,0 %) puis les médias sociaux (36,1 %) [26].

Les formations par regroupement sont encore faciles d'accès à Madagascar. En plus, parmi les sources d'information, la formation et la publication scientifique sont associées par la bonne connaissance des signes et le mode de transmission du COVID-19. La réalisation des formations et de la publication des articles scientifiques sont donc sollicitées.

IV. CONCLUSION

La connaissance globale des professionnels de santé est faible. Certes, la connaissance est subjective, car la recherche évolue sans cesse, insaisissable dans sa fluidité.

Beaucoup de personnels de santé sont déjà infectés par la COVID-19 avec 9% atteints de forme sévère. La proportion des professionnels de santé vaccinée est faible. Les formations et les publications scientifiques sont les principales sources de connaissance pour les professionnels de santé, et celles-ci doivent être renforcées.

Une étude multicentrique serait intéressante pour extrapoler le résultat au niveau national.

REFERENCES

- [1]. OMS. Coronavirus. Available from: https://www.who.int/fr/healthtopics/coronavirus/coronavirus#tab=tab_1 (consulté le 26/01/2022).
- [2]. Cucinotta, D. and M. Vanelli, WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed*, 2020. 91(1) : 157-160.
- [3]. Jary A, Flandre P, Chabouis A, Nguyen S, Marot S, Burrel S, et al. Clinical presentation of Covid-19 in health care workers from a French University Hospital. *The Journal of Infection*. 2020 ; 81(3) : 61-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306211/>
- [4]. Djiofack Zebaze, C., H. Dudu, and A.G. Zeufack, Évaluation de l'impact économique de la COVID-19 en Afrique subsaharienne: perspectives à partir d'un modèle d'équilibre général calculable (EGC). *International Development Policy| Revue internationale de politique de développement*. 2020 ;12(2). DOI : 10.4000/poldev.3546
- [5]. ONU. Près de 14% du personnel soignant contaminés par le coronavirus (OMS). *ONU Info*. 2020 ; <https://news.un.org/fr/story/2020/09/1077482> . Consulté le 30 avril 2022
- [6]. World Health Organization. Coronavirus (COVID-19) Dashbord. Available from : <https://covid19.who.int>
- [7]. Monopoli G, Marino R, Caldi F, Fallahi P, Perretta S, Cosentino F, et al. Résultats cliniques différents de COVID-19 chez les personnels soignants masculins et féminins de l'hôpital universitaire en Italie. 2022;83(4) : 310-9.
- [8]. Doi : 10.1016/j.admp.2022.01.012
- [9]. Coulibaly M., Kouassi DP1, Yéo S, Koffi EJ, Kouame AD, Akme SA et al. Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de soins en période de pandémie de covid-19 dans la région de gbeke. Côte d'ivoire. *Rev Mali Infect Microbiol* 2022 ; 17(1) : 6-16.
- [10]. Admin S. Taratasin'atoa filoha. Présidence de la République de Madagascar. 2021; <https://www.presidence.gov.mg/actualites/715-taratasin-atoa-filoha.html>

- [11]. Organisation mondiale de la Santé, Organisation international de travail. COVID-19 : santé et sécurité au travail pour les agents de santé : orientations provisoires, 2 février 2021; Organisation mondiale de la Santé /2019-nCoV/HCW_advice/2021.1;19p <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340286>
- [12]. Essi M J, Njoya O. Enquête CAP en recherche médicale. Health Sci. Dis. 2013 ; 14(2) : 1-3.
- [13]. Leye MMM, Keita IM, Bassoum O. Connaissances, attitudes et pratiques de la population de la région de Dakar sur la COVID-19: Santé Publique Dakar. 2021 ; 32(5):549-61 ; <https://cairn.info/revue-sante-publique-2020-5-page549.htm?ref=doi>
- [14]. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID19) : quels risques pour leur santé mentale ? L'Encephale. 2020; 46(3):S73-S80 ; Doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174182/>
- [15]. Das JK, Roy S. A study on non-synonymous mutational patterns in structural proteins of SARS-CoV-2. Genome. 2021; 64(7):665-78. <https://cdnsiencepub.com/doi/10.1139/gen-2020-0157>
- [16]. Abbatt FR, Mejia A, Mejia A. La formation continue des personnels de santé: manuel pour ateliers. Organisation Mondiale de la Santé; 1990. p 189 .
- [17]. Mendoza Millán DL, Carrión-Nessi FS, Mejía Bernard MD, Marcano-Rojas MV, Omaña Ávila ÓD, Doval Fernández JM, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding COVID-19 Among Healthcare Workers in Venezuela: An Online Cross-Sectional Survey. Frontiers in Public Health. 2021; 9(633723) :1-10 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.633723>
- [18]. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. Journal Hospital Infection. juin 2020 ; 105(2):183-7 ; Doi :10.1016/j.jhin.2020.04.012. Epub 2020 Apr 9.
- [19]. Gómez-Ochoa SA, Franco OH, Rojas LZ, Raguindin PF, Roa-Díaz ZM, Wyssmann BM, et al. COVID-19 in Healthcare Workers: A Living Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. Am J Epidemiol. 2020 ;190(1)187. Doi : 10.1093/aje/kwaa191
- [20]. Domitille L, Solthis, Lamontagne F. Connaissances, attitudes et pratiques concernant la prévention et la prise en charge de la Covid-19 des personnels de santé de la ville de Niamey, Niger. GERES.2020. 28ème Journée annuelle du GERES. <https://www.geres.org/journees-du-geres/28eme-journee-annuelle-du-geres/>
- [21]. Limbu DK, Piryani RM, Sunny AK. Healthcare workers' knowledge, attitude and practices during the COVID-19 pandemic response in a tertiary care hospital of Nepal. PLOS ONE. 2020 ; 15(11): e0242126. Doi: 10.1371/journal.pone.0242126
- [22]. Saqlain M, Munir MM, Rehman SU, Gulzar A, Naz S, Ahmed Z, et al. Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a cross-sectional survey from Pakistan. Journal of Hospital Infection. 2020; 105(3):419-23 ; Doi: 10.1016/j.jhin.2020.05.007
- [23]. Sperling D. Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. Nurs Ethics-Sage Journals. 2021; 28(1):9-22; Doi: 10.1177/0969733020956376 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7533465/>
- [24]. Simon P, Chiniara G, St-Pierre L, Ahossi E, Dogba MJ, Cléophat JE, et al. Première vague de la COVID-19 au Québec : motivation du personnel soignant à traiter des patients infectés. Santé Publique Québec. 2021 ; 33(6):853-62 ; <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-853.htm>
- [25]. INSP Québec. Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19 au printemps 2020. Santé Publique Québec. 2020 ; <https://www.inspq.qc.ca/publications/3061-enquete-epidemiologique-travailleurs-sante-covid19>

- [26]. Hardy ÉJL, Flori P. Spécificités épidémiologiques de la COVID-19 en Afrique : préoccupation de santé publique actuelle ou future ?. *Anna Pharm Fr.* 2021 ; 79(2): 216-26. doi: 10.1016/j.pharma.2020.10.011 ; <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003450920301279>
- [27]. Asaad A, El-Sokkary R, Alzamanan M, El-Shafei M. Knowledge and attitudes towards Middle East respiratory syndrome-coronavirus (MERS-CoV) among health care workers in south-western Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal Review.* 2020 ; 26(4):435-42. Doi : 10.26719/emhj.19.079